



**LIETUVOS BANKO
TEISĖS IR LICENCIJAVIMO DEPARTAMENTO
DIREKTORIUS**

**SPRENDIMAS
DĖL X. X. IR SEB LIFE AND PENSION BALTIC SE GINČO NAGRINĖJIMO**

2025-10-01 Nr. 429-226
Vilnius

Lietuvos bankas gavo X. X. (toliau – pareiškėja) kreipimąsi, kuriuo pareiškėja prašė išnagrinėti tarp jos ir *SEB Life and Pension Baltic SE*, veikiančios Lietuvoje per įsteigtą filialą, (toliau – draudikas) kilusį ginčą.

N u s t a t y t a:

2017 m. liepos 18 d. 12 metų draudimo laikotarpiui¹ tarp pareiškėjos ir draudiko buvo sudaryta Asmens draudimo sutartis (draudimo liudijimo Nr. (*duomenys neskelbtini*)) (toliau – Draudimo sutartis). Draudimo sutartyje draudėja ir apdraustąją nurodyta pareiškėja. Draudimo sutartimi buvo apdraustos pareiškėjos kritinių ligų ir sunkių traumų draudimo rizikos. Draudimo sutartyje nurodyta, kad Draudimo sutarties dalis yra Prašymas sudaryti asmens draudimo sutartį (toliau – Prašymas), Draudimo produkto informacinis dokumentas, Asmens draudimo taisyklės², Specialiosios draudimo nuo kritinių ligų taisyklės (toliau – Taisyklės)³ ir Specialiosios draudimo nuo sunkių traumų taisyklės⁴.

Pareiškėja 2025 m. kovo 13 d. draudikui pateikė pranešimą apie 2025 m. vasario 12 d. susirgimą kritine liga (toliau – Įvykis) ir prašė dėl Įvykio išmokėti draudimo išmoką. 2025 m. birželio 10 d. raštu draudikas pareiškėją informavo, kad dėl Draudimo sutartyje nurodytos kritinės ligos – pareiškėjai atliktos (*duomenys neskelbtini*) chirurginės operacijos - draudimo išmoka negali būti mokama, nes pareiškėja prieš Draudimo sutarties sudarymą neatskleidė reikšmingos ikisutartinės informacijos.

Draudikas pareiškėjai adresuotame 2025 m. birželio 10 d. rašte pabrėžė, kad prieš sudarant Draudimo sutartį pareiškėjos 2017 m. liepos 18 d. pildytoje „Sveikatos anketoje“ (toliau – Anketa) buvo nurodyta, kad ji neserga (*duomenys neskelbtini*) ir nenaudoja (*duomenys neskelbtini*) vaistų. Vis dėlto administruojant Įvykį buvo nustatyta, kad pareiškėjai 2017 m. balandžio mėnesį buvo diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*) ir skirtas gydymas (*duomenys neskelbtini*) vaistu (*duomenys neskelbtini*).

Draudikas rėmėsi Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 6.993 straipsnio 7 dalimi, suteikiančia draudikui teisę dėl draudėjo neatsargumo neatskleistos ikisutartinės informacijos atsisakyti mokėti draudimo išmoką, įrodžius, kad nė vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurių draudėjas nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties. Taip pat draudikas, vadovaudamasis nurodytu teisiniu reglamentavimu, pabrėžė, kad turi teisę nutraukti Draudimo sutartį, nes, žinodamas dėl pareiškėjos neatsargumo neatskleistą ikisutartinę informaciją, su pareiškėja Draudimo sutarties nebūtų sudaręs. Be to, draudikas sprendimą dėl Įvykio atsisakyti mokėti draudimo išmoką grindė Taisyklių 21 ir 23 punktais.

Pareiškėja, nesutikdama su draudiko sprendimu, pretenzijoje draudikui ir kreipimesi į Lietuvos banką pabrėžė, kad Anketa buvo pildoma kartu su draudimo įmonės konsultante, kuriai buvo suteikta visa informacija apie pareiškėjos sveikatos būklę. Pareiškėjos teigimu, draudimo

¹ T. y. iki 2029 m. liepos 18 d.

² Galioja nuo 2017 m. birželio 1 d.

³ Galioja nuo 2017 m. birželio 1 d.

⁴ Galioja nuo 2017 m. birželio 1 d.

įmonės konsultantei buvo suteikta tokia informacija, kuri pareiškėjai buvo žinoma ir kiek ji jai galėjo būti suprantama.

Pareiškėja nurodė, kad neprašo draudimo išmokos už iki Draudimo sutarties jai diagnozuotą susirgimą⁵. Pareiškėja taip pat teigė, kad Draudimo sutartyje nurodyta kritinė liga, dėl kurios pareiškėja prašė išmokėti draudimo išmoką, nepriklauso nuo minėto sveikatos sutrikimo. Pareiškėjos teigimu, draudikas turėtų teisę atsisakyti išmokėti draudimo išmoką dėl Įvykio, jei Draudimo sutartyje būtų aiškiai nurodytas draudimo išmokos nemokėjimo dėl iki Draudimo sutarties sudarymo pareiškėjai diagnozuoto sveikatos sutrikimo pagrindas.

Pareiškėja nurodė neturinti teisinio išsilavinimo, todėl pasitikėjo draudimo įmonės konsultante, tarpininkavusia sudarant Draudimo sutartį. Be to, pareiškėjos teigimu, Draudimo sutarties galiojimo metu draudikas turėjo visas galimybes patikrinti pareiškėjos asmens sveikatos duomenis ir pagal pareiškėjos sveikatos būklę spręsti dėl Draudimo sutartimi prisiimamos draudimo rizikos priimtimumo.

Pareiškėja kreipimėsi į Lietuvos banką draudikui kėlė reikalavimą dėl Įvykio išmokėti draudimo išmoką, nenutraukti Draudimo sutarties ir „grąžinti visus galimus finansinius nuostolius ar kompensuoti sutarties nutraukimo pasekmes“, jei Draudimo sutartis būtų nutraukta.

Draudikas atsiliepime į pareiškėjos kreipimąsi pabrėžė, kad jo sprendimas atsisakyti dėl Įvykio mokėti draudimo išmoką ir nutraukti su pareiškėja Draudimo sutartį atitinka Draudimo sutarties sąlygas ir teisinį reglamentavimą. Draudikas papildomai nurodė, kad prieš Draudimo sutarties sudarymą ar Draudimo sutarties galiojimo metu jam nekilo pareiga prašyti pareiškėjos papildomos informacijos apie jos sveikatos būklę, nes pareiškėja Anketoje aiškiai nurodė, kad neserga iki Draudimo sutarties sudarymo jai tuo metu jau diagnozuota liga, turėjusia priežastinį ryšį su Įvykiu.

Draudikas Lietuvos bankui 2025 m. rugsėjo 12 d. pateiktuose papildomuose paaiškinimuose (toliau – Papildomi paaiškinimai) taip pat nurodė, kad draudiko sprendimas reikalauti nutraukti Draudimo sutartį atitinka teisinį reglamentavimą ir Draudimo sutarties sąlygas. Remdamasis nurodytomis aplinkybėmis, draudikas teigė, kad pareiškėjos jam keliami reikalavimai yra nepagrįsti.

K o n s t a t u o j a m a:

Vadovaujantis Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimu Nr. 03-23 patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 44 punktu, vartojimo ginčai Lietuvos banke nagrinėjami laikantis rungimosi, ginčų nagrinėjimo operatyvumo, koncentracijos, ekonomiškumo ir bendradarbiavimo principų. Vartotojas ir finansų rinkos dalyvis privalo įrodyti tas aplinkybes, kuriomis remiasi kaip savo reikalavimų arba atsikirtimų pagrindu, išskyrus atvejus, kai remiamasi aplinkybėmis, kurių nereikia įrodinėti. Nagrinėdamas ginčą Lietuvos bankas atlieka ginčo šalių pateiktų įrodymų vertinimą ir jo pagrindu priima sprendimą.

Atsižvelgiant į ginčo šalių nurodytas aplinkybes ir pateiktus įrodymus, darytina išvada, kad šalių ginčas kilo dėl draudiko sprendimų atsisakyti dėl Įvykio mokėti draudimo išmoką ir reikalauti nutraukti Draudimo sutartį pagrįstumo.

Siekiant išnagrinėti tarp pareiškėjos ir draudiko kilusį ginčą, būtina įvertinti šias aplinkybes: 1) dėl pareiškėjos pareigos suteikti ikisutartinę informaciją draudikui vykdymo, 2) dėl ikisutartinės informacijos neatskleidimo draudikui teisinių padarinių pareiškėjai ir 3) dėl pareiškėjos reikalavimų nenutraukti Draudimo sutarties ir „grąžinti visus galimus finansinius nuostolius ar kompensuoti sutarties nutraukimo pasekmes“, jei Draudimo sutartis būtų nutraukta, pagrįstumo.

1. Dėl pareiškėjos pareigos suteikti ikisutartinę informaciją draudikui vykdymo

CK 6.987 straipsnyje nustatyta, kad draudimo sutartimi draudikas įsipareigoja už sutartyje numatytą draudimo įmoką sumokėti kitai šaliai (draudėjui arba trečiajam asmeniui), kurio naudai sudaryta sutartis, įstatyme ar draudimo sutartyje nustatyta draudimo išmoką, apskaičiuotą įstatyme ar draudimo sutartyje nustatyta tvarka, jeigu įvyksta draudžiamasis įvykis.

⁵ Diagnozuoto (duomenys neskelbtini).

Taisyklių 1 punkte nustatyta, kad draudžiamuoju įvykiu yra kritinės ligos, nurodytos šiose taisyklėse, diagnozė, nustatyta šios draudimo apsaugos galiojimo laikotarpiu. Taisyklių 11.1.1 papunktyje įtvirtinta, kad (*duomenys neskelbtini*) yra pripažįstamas Specialiosiose draudimo nuo kritinių ligų taisyklėse nurodyta draudžiamuoju įvykiu pripažintina kritinė liga.

Lietuvos bankui pateiktoje VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų 2025 m. vasario 21 d. Stacionaro epikrizėje (toliau – Epikrizė) nurodyta, kad pareiškėjai 2025 m. vasario 12 d. buvo atlikta „(*duomenys neskelbtini*) operacija“. Svarbu pažymėti, kad draudikas neginčijo pareiškėjai diagnozuotos kritinės ligos požymių atitikties Taisyklių 11.1.1 papunktyje įtvirtinto draudžiamojo įvykio (*duomenys neskelbtini*) sąlygoms, tačiau atsisakė pareiškėjai mokėti draudimo išmoką dėl prieš sudarant Draudimo sutartį neatskleistos draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos.

Draudėjo pareiga atskleisti informaciją draudikui apie aplinkybes, galinčias turėti esminę įtaką draudžiamojo įvykio atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui, reglamentuota CK 6.993 straipsnyje. Šio straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad, prieš sudarant draudimo sutartį, draudėjas privalo suteikti draudikui visą žinomą informaciją apie aplinkybes, galinčias turėti esminę įtaką draudžiamojo įvykio atsitikimo tikimybei ir šio įvykio galimų nuostolių dydžiui (draudimo rizikai), jeigu tos aplinkybės nėra ir neturi būti žinomos draudikui.

Pagal CK 6.990 straipsnio 1 dalį, draudimo sutartis sudaroma draudikui akceptuojant draudėjo pasiūlymą (prašymą), pateiktą draudikui, arba draudėjui akceptuojant draudiko pasiūlymą sudaryti sutartį. Draudimo taisyklėse nustatytais atvejais draudėjo prašymas turi būti rašytinis, o rašytinio prašymo formą ir turinį nustato draudikas. Kai draudimo sutartis sudaroma esant rašytiniam draudėjo prašymui, kurį akceptuoja draudikas, draudėjo atsakomybė už prašyme pateiktų duomenų teisingumą įtvirtinta taip pat ir CK 6.990 straipsnio 2 dalyje, pagal kurią draudėjas atsako už pasiūlyme (prašyme) pateiktų duomenų teisingumą, o sudarius draudimo sutartį, rašytinis draudėjo prašymas tampa sudėtine draudimo sutarties dalimi.

Remiantis Lietuvos bankui pateiktais faktiniais duomenimis, nustatyta, kad Draudimo sutartis buvo sudaryta draudikui akceptuojant pareiškėjos pildytą Prašymą. Kartu su minėtu prašymu buvo pildoma Anketa, kurioje pareiškėjai buvo pateikti draudiko suformuluoti draudimo rizikai įvertinti reikšmingi klausimai. Pažymėtina, kad, be kitos Anketoje prašomos nurodyti informacijos, buvo prašoma nurodyti, ar pareiškėja (*duomenys neskelbtini*) ir ar ji vartoja kokius nors (*duomenys neskelbtini*) vaistus. Pareiškėja į nurodytą klausimą atsakė neigiamai.

Vis dėlto draudikas nustatė, kad dar prieš sudarant Draudimo sutartį ir prieš pildant 2017 m. liepos 18 d. Anketa pareiškėjai buvo diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*) ir skirtas gydymas (*duomenys neskelbtini*) vaistu (*duomenys neskelbtini*). Draudikas minėtas aplinkybes grindė gautais medicinos duomenimis. Draudikas Papildomuose paaiškinimuose pabrėžė, kad Vilniaus miesto savivaldybės VŠĮ Karoliniškių poliklinikos pateikti pareiškėjos lankymosi minėtoje sveikatos priežiūros įstaigoje medicinos dokumentų išrašų duomenys patvirtina, kad dar 2017 m. vasario 7 d. pareiškėjai pirmą kartą buvo diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*). (*duomenys neskelbtini*) diagnozė buvo patvirtinta ir 2017 m. balandžio 13 d. gydytojo (*duomenys neskelbtini*) išduotame medicinos dokumentų išrašė. Be to, gydytojas (*duomenys neskelbtini*) pareiškėjai skyrė nustatytos diagnozės gydymą vaistais.

Draudikas atkreipė dėmesį į tai, kad ir Epikrizėje yra nurodyta, jog pareiškėja serga (*duomenys neskelbtini*)⁶. Pareiškėja neginčijo fakto, kad dar iki sudarant Draudimo sutartį jai buvo patvirtinta (*duomenys neskelbtini*) diagnozė ir skirtas šios ligos gydymas. Pareiškėja tik teigia iš Anketoje nurodytų duomenų negalėjusi suprasti, kad Anketoje yra būtina nurodyti duomenis apie iki Anketos pildymo diagnozuotus sveikatos sutrikimus ir taikomą gydymą. Be to, pareiškėjos teigimu, iki Draudimo sutarties sudarymo pareiškėjai diagnozuotas (*duomenys neskelbtini*) nėra niekaip susijęs su Epikrizėje nurodytu susirgimu⁷, dėl kurio pareiškėjai buvo taikytas Draudimo sutartyje įtvirtintas kritinės ligos draudžiamojo įvykio sąlygas atitinkantis chirurginis gydymas.

Vertinant pareiškėjos argumentus, kad ji galėjo nesuprasti Anketoje nurodytų klausimų turinio, pažymėtina, kad ginčo aplinkybėms vertinti reikšmingomis aplinkybėmis pripažintini duomenys, kad pareiškėja yra slaugytoja, tai nurodyta draudimo liudijime. Atsižvelgdamas į draudimo liudijime nurodytus duomenis apie pareiškėjos darbo pobūdį, draudikas pabrėžė, kad

⁶ Epikrizėje be kitų išvardintų pareiškėjos susirgimų yra nurodyti pareiškėjos susirgimo „(*duomenys neskelbtini*) duomenys.“

⁷ Epikrizėje, be kitų duomenų, nurodyta diagnozė, kurios kodas pagal TLK „(*duomenys neskelbtini*)“.

bendrosios praktikos slaugytojo kompetencija apibrėžta teisės aktuose⁸. Pagal aktualų teisinį reguliavimą, bendrosios kompetencijos slaugytojas turi, be kita ko, išmanyti: vaistinių preparatų farmakokinetikos ir farmakodinamikos pagrindus, vartojimo ypatumus ir vaistinių preparatų laikymo taisykles; patologinius procesus, vykstančius žmogaus organizme; asmens sveikatos būklės pokyčius, sutrikimus, ligų plitimo būdus ir galimas komplikacijas ir kt.

Remiantis Lietuvos banko nustatytais aplinkybėmis, darytina išvada, kad pareiškėja turėjo galimybę suprasti ir Anketoje nurodyti duomenis apie jai patvirtintą (*duomenys neskelbtini*) diagnozę bei skirtą šios ligos gydymą vaistais. Aplinkybės, kad pareiškėjai galėjo būti suprantami ir turėjo būti žinomi duomenys apie draudimo rizikai vertinti reikšmingą sveikatos sutrikimą ir taikytą medikamentinį gydymą, iš esmės patvirtina ir tai, kad pareiškėja Anketoje nurodė tikslią informaciją apie jai nustatytas (*duomenys neskelbtini*) ligas ir skirtą gydymą (vartojamus vaistus). Taigi, pareiškėja žinojo arba turėjo galimybę žinoti bei suprasti, kad, kreipdamasi į gydytojus dėl (*duomenys neskelbtini*) diagnozės patvirtinimo ir medikams skyrus pareiškėjai gydymą vaistais dėl šios ligos, serga minėta liga.

Kadangi Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, jog pareiškėja, pildydama Anketa, draudikui nenurodė jokios informacijos apie (*duomenys neskelbtini*) diagnozę ir jai taikytą gydymą, nors to buvo teirautasi, darytina išvada, kad pareiškėja nevykdė CK 6.993 straipsnio 1 dalyje nustatytos draudimo rizikai reikšmingos informacijos atskleidimo pareigos.

Anketoje nurodytų duomenų teisingumas buvo patvirtintas pareiškėjos parašu. Asmuo, pasirašantis tam tikrą dokumentą, prisiima atsakomybę už jam pateiktą informaciją ar prisiimamus įsipareigojimus. Kiekvienas apdairus, atidus ir rūpestingas žmogus, prieš pasirašydamas bet kokią dokumentą, turi susipažinti su pasirašomo dokumento turiniu. To nepadaręs, asmuo veikia savo rizika.

Prašyme, kurio sudėtinė dalis yra Anketa, nurodyta, jog pareiškėja, pasirašydama minėtą prašymą, patvirtina, kad prašyme ir apdraustojų sveikatos klausimuose pateikta informacija yra teisinga ir išsami, kad pareiškėja nenuslėpė jokios su tuo susijusios informacijos. Taip pat pareiškėja prašyme sudaryti Draudimo sutartį savo parašu patvirtino, kad ji yra informuota, jog tuo atveju, jei bus pateikta neteisinga ir neišsami informacija, draudimo sutartis gali būti pripažinta negaliojančia, draudimo išmoka gali būti sumažinta arba atsisakyta ją mokėti.

Lietuvos bankui įvertinus pateiktus dokumentus ir paaiškinimus, darytina išvada, kad pateikti įrodymai patvirtina, jog pareiškėja, prieš sudarydama Draudimo sutartį, draudikui nesuteikė visos žinomos informacijos apie esmines aplinkybes, apie kurias raštu buvo teirautasi. Taigi, Draudimo sutartis buvo sudaryta, draudikui tinkamai neįvertinus draudimo sutartimi prisiimamos rizikos⁹.

Aplinkybės, kad neatskleista ikisutartinė informacija buvo reikšminga draudimo rizikai (draudžiamąjį įvykio atsitikimo tikimybei), pagrindžia Lietuvos bankui draudiko pateikto draudiko žalų gydytojo eksperto parengtas Apdraustajai nustatytų ligų reikšmės ir sąryšio su diagnozuota kritine liga vertinimas (toliau – Vertinimas). Vertinimo duomenys taip pat nuginčija pareiškėjos nurodytas aplinkybes, kad iki Draudimo sutarties pareiškėjai diagnozuotas susirgimas (*duomenys neskelbtini*) nėra priežastiniu ryšiu susijęs su kritine liga, už kurią pareiškėja prašė išmokėti draudimo išmoką.

Draudiko gydytojas ekspertas, kuris yra kompetentingas spręsti apie draudžiamąjį įvykio aplinkybes ir yra kompetentingas vertinti medicinos dokumentuose nurodytą informaciją¹⁰, Vertinime pabrėžė, kad „apdraustoji 2025 m. kovo 14 d. kreipėsi draudimo išmokos dėl (*duomenys neskelbtini*) operacijos, kuri buvo būtina dėl (*duomenys neskelbtini*). (*duomenys neskelbtini*) yra priskiriamas (*duomenys neskelbtini*). Taip pat yra įrodyta, kad (*duomenys neskelbtini*) kartu su kitais rizikos veiksniais sukelia (*duomenys neskelbtini*) poveikį, kaip ir tai, kad (*duomenys neskelbtini*) poveikis (*duomenys neskelbtini*) ligų sergamumui ir mirštamumui yra didesnis moterims nei vyrams¹¹.“

⁸ 2011 m. birželio 8 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28: 2025 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo.

⁹ Aplinkybių, galinčių turėti esminės įtakos draudžiamąjį įvykio atsitikimo tikimybei ir galimų nuostolių dydžiui.

¹⁰ Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 straipsnio nuostatos, įpareigojančios draudiką tirti ir vertinti įvykio, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, aplinkybes ir pasekmės bei nustatyti draudimo išmokos dydį, lemia draudiko pareigą turėti kvalifikuotus darbuotojus, kurie yra kompetentingi vertinti medicinos dokumentus ir spręsti dėl draudimo išmokos mokėjimo sąlygų.

¹¹ Šaltinis: „Lietuvos sveikatos mokslų universiteto, Vilniaus universiteto medicinos fakulteto monografija „(*duomenys neskelbtini*)“, sudaryta prof. habil. Dr. Antano Norkaus.

Vertinime taip pat nurodyta, kad „(duomenys neskelbtini).¹²“

Vertinime daromos šios išvados: „apdraustajai buvo atlikta (duomenys neskelbtini) dėl ligos pasireiškimo – (duomenys neskelbtini). Apdraustajai nustatytas (duomenys neskelbtini) buvo tiesioginiu rizikos faktoriumi tokiam ligos pasireiškimui atsirasti, ir kurio vienintelio buvimas sukelia nepriimtina draudimo riziką, apsidraudžiant draudimu nuo kritinių ligų. Pažymėtina, kad minėtas rizikos faktorius buvo pastiprinamas kitais rizikos faktoriais, kaip antai – (duomenys neskelbtini), dėl ko draudimo rizika dar labiau išauga.“¹³

Remiantis Vertinime nurodytais duomenimis, patvirtinančiais pareiškėjos neatskleisto prieš Draudimo sutarties sudarymą pareiškėjui diagnozuoto sveikatos sutrikimo priežastinį ryšį su įvykiu, ir Lietuvos banko nustatytomis aplinkybėmis, kad draudėjas nevykdė CK 6.993 straipsnio 1 dalyje ir Draudimo sutartyje nustatytų pareigų, darytina išvada, kad draudikas, priimdamas sprendimą nemokėti draudimo išmokos, turėjo pagrindą remtis tuo, kad pareiškėja neatskleidė draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos.

2. Dėl ikisutartinės informacijos neatskleidimo draudikui teisinių pasekmių

Vertinant pareiškėjos reikalavimą dėl Įvykio išmokėti draudimo išmoką, pažymėtina, kad draudikas nesirėmė aplinkybėmis, jog pareiškėja draudimo rizikai įvertinti reikšmingos informacijos nepateikė tyčia, turėdama tikslą suklaidinti draudiką. Draudiko vertinimu, pareiškėjos elgesys, neinformuojant draudiko apie Anketoje nurodytą susirgimo (duomenys neskelbtini) diagnozę ir pareiškėjai skirtą šios ligos gydymą, turi būti pripažįstamas kaip neatsargus.

Remiantis CK 6.993 straipsnio 6 ir 7 dalimis, draudėjui dėl neatsargumo neatskleidus ikisutartinės informacijos, draudikas turi teisę, įvykus draudžiamajam įvykiui, sumažinti draudimo išmoką tokia santykine dalimi, kuria draudimo įmoka būtų padidinta, jeigu draudikas būtų žinojęs dėl neatsargumo neatskleistas aplinkybes, arba atsisakyti ją išmokėti įrodęs, kad nė vienas draudikas, žinodamas aplinkybes, kurių draudėjas nenurodė dėl neatsargumo, nebūtų sudaręs draudimo sutarties.

Nagrinėjamu atveju draudikas, atsisakydamas dėl Įvykio mokėti draudimo išmoką, rėmėsi CK 6.993 straipsnio 7 dalies nuostatomis ir pateikė 6 draudimo įmonių, kurios su draudėjais sudaromų draudimo sutarčių pagrindu teikia kritinių ligų draudimo rizikos draudimo apsaugą, atsakymus į 2025 m. balandžio 29 d. prašymą suteikti informaciją apie tai, ar draudimo įmonės, žinodamos duomenis apie pareiškėjos sveikatos būklę prieš Draudimo sutarties sudarymą, pareiškėją būtų apdraudusios kritinių ligų draudimu.

Draudimo įmonės *Swedbank Life Insurance SE*, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, *UAB Artea Life Insurance*, *ADB „Compensa Vienna Insurance Group“*, *ERGO Life Insurance SE*, veikianti Lietuvoje per įsteigtą filialą, *UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“* ir *UAB „Allianz Lietuva gyvybės draudimas“* draudikui pateikė atsakymus, kad pareiškėjos kritinių ligų draudimo rizikai pagal minėtų draudimo įmonių nustatytas draudimo sutarčių sąlygas draudimo apsauga nebūtų suteikta.

Iš minėtų draudimo įmonių draudikui pateiktų atsakymų nustatyta, kad jos vertino ikisutartinės informacijos neatskleidimo dėl neatsargumo aplinkybes ir šių aplinkybių įtaką draudimo įmonių sprendimui dėl galimos teikti draudimo apsaugos, apdraudžiant kritinių ligų draudimo riziką, bei sudarytinių draudimo sutarčių, kuriomis galėtų būti teikiama kritinių ligų draudimo apsauga.

Darytina išvada, kad draudikas objektyviais įrodymais patvirtino, jog pirmiau išvardytos draudimo įmonės, žinodamos dėl neatsargumo pareiškėjos neatskleistas aplinkybes, galinčias turėti esminės įtakos kritinių ligų draudimo rizikai, nebūtų prisiėmusios minėtos draudimo rizikos ir su pareiškėja nebūtų sudariusios draudimo sutarčių tomis pačiomis sąlygomis, kuriomis Draudimo sutartį sudarė draudikas. Remiantis CK 6.993 straipsnio 7 dalies nuostatomis, proporcingosios draudimo išmokos mokėjimo sąlygos netaikomos tada, kai nė viena draudimo įmonė, žinodama draudėjo dėl neatsargumo neatskleistas aplinkybes, su draudėju nebūtų sudariusi draudimo sutarties tomis pačiomis sąlygomis, pagal kurias buvo atsisakyta mokėti draudimo išmoką.

¹² Šaltinis: „(duomenys neskelbtini)“.

¹³ Pažymėtina, kad pareiškėja prieš Draudimo sutarties sudarymą pildytoje anketoje pažymėjo, kad ji 15 metų iki Draudimo sutarties sudarymo vartoja vaistus „(duomenys neskelbtini)“.

Be to, Taisyklių 22.1 papunktis nustato įvykio pripažinimo nedraudžiamuoju, jei iki draudimo sutarties sudarymo draudėjas draudikui pateikė netikslią informaciją, sąlygas. Remiantis Taisyklių 22.1 papunkčio sąlygomis ir CK 6.993 straipsnio 7 dalies nuostatomis, darytina išvada, kad draudikas pagrįstai atsisakė pareiškėjai dėl įvykio išmokėti draudimo išmoką.

3. Dėl pareiškėjos reikalavimų nenutraukti Draudimo sutarties ir „grąžinti visus galimus finansinius nuostolius ar kompensuoti sutarties nutraukimo pasekmes“, jei Draudimo sutartis būtų nutraukta, pagrįstumo

Pareiškėjos prieš Draudimo sutarties sudarymą pildytame Prašyme pateikto Asmens draudimo pagrindinės informacijos dokumento 4 dalies 3 punkte nurodyta, kad draudikas turi teisę nutraukti draudimo sutartį, jei jam buvo pateikta neteisinga ir neišsami informacija. Taip pat minėtoje sąlygoje nustatyta, kad draudimo sutartis gali būti nutraukta ir kitais Lietuvos Respublikos teisės aktuose nustatytais atvejais. CK 6.993 straipsnio 7 dalis suteikia draudikui teisę reikalauti nutraukti draudimo sutartį dėl draudėjo neatsargumo neatskleistos ikisutartinės informacijos. Minėti draudimo sutarties nutraukimo pagrindai yra įtvirtinti ir Asmens draudimo taisyklių 43.2 ir 43.4 papunkčiuose.

Prašyme pateikto Asmens draudimo pagrindinės informacijos dokumento 4 dalies 3 punkte įtvirtina, kad prieš 30 dienų prieš draudimo sutarties nutraukimą draudėjui turi būti pateiktas pranešimas apie tai, kad draudimo sutartis bus nutraukta.

Draudikas pateiktuose Papildomuose paaiškinimuose atkreipė dėmesį į Vertinime nurodytus duomenis, jog, atsižvelgiant į gautą ir turimą draudimo rizikos vertinimui reikšmingą informaciją, draudimo apsauga draudiko siūlomomis kritinių ligų draudimo rizikos draudimo apsaugos sąlygomis iš esmės negalėtų būti teikiama. Vertinime konstatuojama, kad, *(duomenys neskelbtini)* bėgant laikui pažeidžia *(duomenys neskelbtini)*, t. y. ši liga nėra izoliuota, tačiau bendra viso organizmo problema, pažeidžianti ne tik *(duomenys neskelbtini)*. Taip pat medicinos literatūroje yra duomenų, kad tam tikros *(duomenys neskelbtini)* formos taip pat galimai yra susijusios su *(duomenys neskelbtini)* yra susijusi ir demencijos pasireiškimo tikimybė.“ Draudiko medicinos ekspertas Vertinime pabrėžė, kad, remiantis draudiko renkama statistika, „draudimo išmokos dėl *(duomenys neskelbtini)*, sudaro per 80 proc. nuo visų išmokų, tolimesnis draudimo sutarties tęsimas, atsižvelgiant į apdraustosios interesą, būtų netikslingas, nes išmokos tikimybė yra visiškai minimali.“

Draudikas nurodė, kad apie jo ketinimą, vadovaujantis CK 6.993 straipsnio 7 dalyje ir minėtose Draudimo sutarties sąlygose įtvirtintu teisiniu pagrindu nutraukti Draudimo sutartį dėl pareiškėjos neatskleistos ikisutartinės informacijos, pareiškėja buvo informuota 2025 m. birželio 10 d. ir liepos 11 d. raštais. Tačiau draudikas pabrėžė, kad Draudimo sutartis nėra nutraukta, nes Lietuvos banke yra nagrinėjamas vartojimo ginčas.

Vertinant draudiko nurodytas aplinkybes dėl jo teisės teisinio reglamentavimo pagrindų, draudikui pareiškėjai pateikus pranešimą apie Draudimo sutarties nutraukimą, reikalauti nutraukti Draudimo sutartį, darytina išvada, kad draudikas CK 6.993 straipsnio 7 dalies ir Draudimo sutarties nuostatomis pagrindė Draudimo sutarties nutraukimo teisės įgyvendinimo teisėtumą.

Atsižvelgiant į pareiškėjos nurodytas aplinkybes, kad, draudikui nutraukus Draudimo sutartį, jam kiltų pareiga kompensuoti visus finansinius nuostolius, pažymėtina, kad pareiškėja už Draudimo sutartimi teikiamą draudimo apsaugą mokėjo draudimo įmokas¹⁴. Nei teisės aktai, nei Draudimo sutarties sąlygos draudikui nenustato pareigos, draudimo sutartį nutraukus CK 6.993 straipsnio 7 dalyje bei Asmens draudimo taisyklių 43.2 papunktyje nustatytais pagrindais, draudėjui grąžinti pagal draudimo sutartį sumokėtas draudimo įmokas¹⁵.

Asmens draudimo taisyklių 42.1 papunktyje nustatyta, kad draudėjo sumokėtos draudimo įmokos grąžinamos, kai draudimo sutartis yra nutraukiama lengvatinėmis sąlygomis, t. y. draudėjui pateikus prašymą nutraukti draudimo sutartį per 35 dienas nuo draudimo sutarties sudarymo. Minėtos nuostatos įtvirtintos ir Prašyme pateikto Asmens draudimo pagrindinės informacijos dokumento 4 dalies 1 punkte. Minėtose Draudimo sutarties sąlygose yra pakartotos

¹⁴ Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 2 straipsnio 12 dalis, CK 6.1004 straipsnio 1 dalis.

¹⁵ Kurių sumokėjimas galėtų būti vertinamas kaip pareiškėjos nurodyti dėl Draudimo sutarties galiojimo jos patirti finansiniai nuostoliai.

Draudimo įstatymo 124 straipsnio nuostatos dėl draudimo sutarties lengvatinėmis sąlygomis nutraukimo.

Kadangi šalių ginčas kyla ne dėl Draudimo sutarties lengvatinėmis sąlygomis nutraukimo, atsižvelgiant į tai, kad Draudimo sutartyje nustatytas 35 dienų Draudimo sutarties lengvatinėmis sąlygomis nutraukimo terminas yra praleistas (pasibaigęs), nėra pagrindo spręsti, kad pareiškėjai pagal Draudimo sutartį sumokėtos draudimo įmokos turėtų būti grąžintos dėl Draudimo sutarties nutraukimo lengvatinėmis sąlygomis.

Atsižvelgiant į pareiškėjos nurodytas aplinkybes dėl draudiko pareigos atlyginti nuostolius, jei Draudimo sutartis būtų nutraukta, pažymėtina, kad sutarties šalis, vadovaudamasi CK 6.245 straipsnio 3 dalies nuostatomis, turi teisę reikalauti atlyginti nuostolius dėl kitos sutarties šalies netinkamo sutarties vykdymo, nustačius minėtos sutarties šalies sutartinės civilinės atsakomybės taikymo sąlygas¹⁶.

Pažymėtina, kad nėra šalių ginčo dėl to, ar draudikas tinkamai vykdė Draudimo sutartį, o šalių ginčas kilo dėl draudiko atsisakymo mokėti draudimo išmoką pagrįstumo. Lietuvos bankui pateikti įrodymai patvirtina, kad draudikas savo sprendimą atsisakyti dėl įvykio mokėti draudimo išmoką pagrindė teisiniu reglamentavimu ir Draudimo sutarties sąlygomis, todėl nėra pagrindo teigti, kad, nutraukus Draudimo sutartį, pareiškėjai turėtų būtų atlyginti nuostoliai dėl draudiko netinkamo Draudimo sutarties vykdymo, kilus draudiko sutartinei civilinei atsakomybei¹⁷.

Apibendrinant Lietuvos banko nustatytas aplinkybes, darytina išvada, kad draudikas pagrindė savo sprendimą reikalauti nutraukti Draudimo sutartį dėl pareiškėjos neatskleistos draudimo rizikos vertinimui reikšmingos ikisutartinės informacijos ir priėmė pagrįstą sprendimą dėl įvykio atsisakyti mokėti draudimo išmoką, todėl pareiškėjos draudikui keliami reikalavimai yra atmetini kaip nepagrįsti.

Remdamasis tuo, kas išdėstyta, ir vadovaudamasis Lietuvos Respublikos vartotojų teisių apsaugos įstatymo 27 straipsnio 1 dalies 3 punktu, Lietuvos banko valdybos 2012 m. sausio 26 d. nutarimo Nr. 03-23 „Dėl Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių patvirtinimo“ 2 punktu ir šiuo nutarimu patvirtintų Vartotojų ir finansų rinkos dalyvių ginčų neteisminio sprendimo procedūros Lietuvos banke taisyklių 59.3 papunkčiu, n u s p r e n d ž i u:

Atmesti pareiškėjos X. X. reikalavimus.

Lietuvos banko sprendimas dėl ginčo esmės yra rekomendacinio pobūdžio ir teismui neskundžiamas. Vartotojui ir finansų rinkos dalyviui išlieka teisė dėl tapataus ginčo dalyko kreiptis į teismą įstatymų nustatyta tvarka. Kreipimasis į teismą po Lietuvos banko sprendimo dėl ginčo esmės priėmimo nelaikomas šio sprendimo apskundimu. Ginčo šalys turi pareigą pranešti Lietuvos bankui, jeigu viena iš ginčo šalių pareiškia ieškinį bendrosios kompetencijos teismui prašydama nagrinėti tapatų ginčą iš esmės.

Direktorius

Arūnas Raišutis

¹⁶ Kadangi CK 6.256 straipsnio 4 dalis nustato, kad verslininko sutartinė atsakomybė atsiranda be kaltės, esant reikalavimui taikyti sutartinę civilinę atsakomybę, būtina nustatyti tris atsakomybės sąlygas: neteisėtus veiksmus (CK 6.246 straipsnis), žalą (CK 6.249 straipsnis) bei priežastinį ryšį tarp žalos ir neteisėtų veiksmų (CK 6.247 straipsnis).

¹⁷ T. y. turėtų būti atlyginti nuostoliai, kuriuos sudarytų draudimo įmokų pagal Draudimo sutartį mokėjimo išlaidos.